

# 領 據

茲領到彰化縣政府 年度身心障礙者職務再設計服務計畫  
款項計新臺幣 元整。

(金額請大寫)

此據

受補助人姓名： (請加蓋個人簽章)

身分證字號：

聯絡地址：

聯絡電話：

(請附轉帳金融機構存摺影本)

金融機構： 銀行 分行

行庫代碼：

存儲帳號：

帳戶名稱 (限受補助人帳戶)：

中 華 民 國 年 月 日